



**Departamento de Justicia de EE.UU.**  
**División de Derechos Civiles**  
**Oficina del Consejero Especial Para Prácticas**  
**Injustas en el Empleo Relacionadas a Inmigración (OSC)**

Número de la OMB 1190-0018  
 Fecha de revisión: 04/15/13

**Formulario de denuncia de la OSC**

La ley de inmigración de EE.UU. prohíbe la discriminación por **ciudadanía** respecto a la contratación, despido, reclutamiento o recomendación a cambio de un honorario de individuos protegidos: ciudadanos, nacionales de los Estados Unidos, residentes permanentes, residentes temporarios, refugiados y asilados (excluyendo residentes permanentes legales, que no aplican para la naturalización dentro de seis meses de elegibilidad). Además, prohíbe la discriminación por el **origen nacional** (contra empleadores con entre cuatro a catorce empleados) respecto a la contratación, despido, reclutamiento o recomendación a cambio de un honorario, de todos los empleados legalmente autorizados para trabajar en los Estados Unidos. La ley también prohíbe el **abuso de documentos**: cuando un individuo, empresa u organización se niega a aceptar un documento válido, especifica la documentación que un individuo puede proveer, o exige más o diferentes documentos que a los requeridos para completar el Formulario I-9 debido a la ciudadanía u origen nacional de un individuo. La ley también prohíbe la **represalia** contra individuos por hacer valer sus derechos protegidos conforme a la provisión anti discriminatoria de la ley de inmigración o por haber participado o asistido con una investigación llevada a cabo por esta oficina.

**Instrucciones del Formulario de Denuncia:**

**Quién puede presentar una denuncia:** Toda persona que alega ser una víctima de discriminación o una persona autorizada en nombre de la víctima. **Este formulario de denuncia deberá ser enviado a la siguiente dirección o por fax a (202) 616-5509 o por correo electrónico a [oscrt@usdoj.gov](mailto:oscrt@usdoj.gov) dentro de los 180 días de la fecha del supuesto incidente discriminatorio.** La información solicitada en este formulario debe ser llenado ya sea a máquina o a mano en letra de molde legible, en cualquier idioma. Las preguntas no aplicables deberán dejarse en blanco.

**U.S. Department of Justice**  
**Civil Rights Division**  
**Office of Special Counsel for Immigration-Related Unfair Employment Practices - NYA**  
**950 Pennsylvania Avenue, NW**  
**Washington, DC 20530**

Puede dirigir preguntas sobre este formulario a la OSC por teléfono al (202) 616-5594 o 1-800-255-7688 (gratuito), teléfono de texto (202) 616-5525 o teléfono de texto 1-800-237-2515 (gratuito).

**Sección 1: Información de Contacto de la Persona Perjudicada**

Nombre y Dirección de la **Persona Perjudicada** (la persona que declara haber sido víctima de discriminación o represalia):  Hombre  Mujer

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Calle o dirección postal: \_\_\_\_\_

Apt.: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_

FAX: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Desearía que nos comuniquemos con la Persona Perjudicada en otro idioma?  Sí  No

Especifique el idioma: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el mejor horario para contactar a la Persona Perjudicada por teléfono (si no tiene representante)? \_\_\_\_\_

## Sección 2: Información del Estatus Migratorio o de la Ciudadanía de la Persona Perjudicada

Por favor, determine el **estatus migratorio** o la **ciudadanía** o el tipo de **autorización de trabajo** de la Persona Perjudicada:

- Ciudadano  
 Nacional de los Estados Unidos.  
 Residente Permanente Legal: **Fecha de otorgamiento de residencia:** (Día) \_\_\_\_\_ (Mes) \_\_\_\_\_ (Año) \_\_\_\_\_  
¿La Persona Perjudicada ha aplicado para naturalización?  No  Sí  
**Fecha de Aplicación:** (Día) \_\_\_\_\_ (Mes) \_\_\_\_\_ (Año) \_\_\_\_\_  
 Asilado  
 Refugiado  
 Residente Temporario admitido según a § 1160(a) o § 1255(a) (ciertos individuos elegibles para que su estatus se ajuste según a las provisiones del INA en los años 80)  
 Ninguno de los anteriores, pero está autorizado a trabajar: **Fecha de vencimiento:**(Día) \_\_\_\_ (Mes) \_\_\_\_\_ (Año) \_\_\_\_

Por favor, especifique:

- H-1  H-2  F-1/OPT  J-1  B-1  Aplicante Asilado  
 Estados Libres Asociados (Freely Associated States, FAS)  Estatus Protegido Temporal (Temporary Protected Status, TPS) (País): \_\_\_\_\_  
 Otro (especifique): \_\_\_\_\_  
**Numero # de extranjero (para todos aquellos que no sean ciudadanos):** \_\_\_\_\_ o **numero # de admisión (en caso de no poseer numero # de extranjero):** \_\_\_\_\_

## Sección 3: Otra Información Personal y el Origen Nacional de la Persona Perjudicada

- ¿Cuál es el país de nacimiento de la Persona Perjudicada? \_\_\_\_\_  
¿Cuál es la nación de origen nacional de la Persona Perjudicada (ancestral)? \_\_\_\_\_  
¿Cuál es la fecha de nacimiento de la Persona Perjudicada? (Día) \_\_\_\_\_ (Mes) \_\_\_\_\_ (Año) \_\_\_\_\_

## Sección 4: Tipo de Discriminación Alegada

¿Cuál es el tipo de discriminación alegada? Escoja todos los que apliquen:

- Discriminación por Origen Nacional** (La Persona Perjudicada fue discriminada con respecto a la contratación, despido, o reclutamiento o recomendación a cambio de un honorario, por que la Persona Perjudicada viene de un país determinado o parte del mundo, debido a la identidad étnica o el acento de la Persona Perjudicada, o debido a limitada habilidad con el inglés).
- Discriminación por su Estatus de Ciudadanía** (La Persona Perjudicada fue discriminada respecto a la contratación, despido, o reclutamiento o recomendación a cambio de un honorario debido a que la Persona Perjudicada es, o no es, ciudadano de los EE.UU., o debido al estatus migratorio de la Persona Perjudicada).
- Represalias por Hacer Valer los Derechos Protegidos por el Título 8 U.S.C. § 1324b** (La Persona Perjudicada presentó una denuncia de discriminación, se quejó por discriminación, participó en la investigación o caso de otro individuo, o hizo valer un derecho conforme a la provisión antidiscriminación y una acción adversa fue amenazada o tomada contra la Persona Perjudicada).
- Abuso de Documentos** (El individuo, empresa u organización se negó a aceptar un documento válido, especificó la documentación que la Persona Perjudicada podía mostrar o exigió más o diferentes documentos que a los requeridos para completar el Proceso de Verificación de Elegibilidad de Empleo (Formulario I-9 o E-Verify) debido a la ciudadanía u origen nacional de la Persona Perjudicada).

**Sección 5: Información del Empleador**

¿Quién cometió el incidente discriminatorio alegado?

Nombre de la Compañía (Empleador): \_\_\_\_\_

Calle o dirección postal: \_\_\_\_\_

Oficina: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Si usted sabe: la Compañía opera bajo de otros nombres?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿bajo qué otro(s) nombre(s) opera? \_\_\_\_\_

Cantidad de Empleados de la Compañía o del Empleador:

Menos de 4  4-14  15 o más  No lo sé/No lo puedo calcular

**Sección 6: Fecha y Lugar en que Ocurrió el Incidente Discriminatorio y los Detalles de la Discriminación Alegada**

¿Cuándo ocurrió el incidente discriminatorio? (Día) \_\_\_\_\_ (Mes) \_\_\_\_\_ (Año) \_\_\_\_\_

¿Dónde ocurrió la discriminación? Lugar: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Describa en detalle lo que sucedió cuando la Persona Perjudicada fue discriminada. Explique si la Persona Perjudicada fue despedida, suspendida, no contratada, si se le retrasó su fecha de inicio, si le pidieron documentos adicionales, si sufrió represalias, u otro, y describa lo que sucedió en detalle. (Adjunte más hojas si es necesario). Si la Persona Perjudicada tiene documentos para apoyar la demanda, puede adjuntarlos. Por favor, únicamente envíe copias de los documentos, no los originales).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sección 7: Acusaciones Presentadas Ante Otras Agencias Federales o Estatales Basados en los Mismos Hechos**

¿Ha presentado alguna queja basada en estos hechos ante cualquier agencia del gobierno local, estatal, o federal?

No  Sí

En caso afirmativo: Nombre Completo de la Agencia: \_\_\_\_\_

Calle de la agencia o dirección postal: \_\_\_\_\_

Oficina: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de presentación: (Día) \_\_\_\_\_ (Mes) \_\_\_\_\_ (Año) \_\_\_\_\_

Número del archivo (si lo sabe): \_\_\_\_\_ Nombre del investigador (si lo sabe): \_\_\_\_\_

**Sección 8: Información de Contacto de la Persona Demandante (Persona Perjudicada o persona que presenta cargos en nombre de la Persona Perjudicada)**

¿La Persona Demandante es la misma que la Persona Perjudicada?

Sí, la misma. (En caso afirmativo, vaya al número #9.)  No

En caso negativo, usted es (escoja):  Hombre  Mujer

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Nombre de la entidad: \_\_\_\_\_

Calle o dirección postal: \_\_\_\_\_

Apartamento: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

FAX: \_\_\_\_\_ Correo electrónico (e-mail): \_\_\_\_\_

¿Cuál es la hora más conveniente para contactar a la Persona Demandante? \_\_\_\_\_

**Sección 9: Comunicaciones con la OSC**

¿Usted ha hablado o se ha comunicado con la OSC antes de presentar esta queja?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuándo? (Día) \_\_\_\_\_ (Mes) \_\_\_\_\_ (Año) \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿cómo?  Línea telefónica  Correo electrónico  Evento de Promoción/Comunitario

¿Si usted sabe, como se llamaba el representante de la OSC con que usted habló o contactó? \_\_\_\_\_

**Sección 10: Afirmación y Firma del Denunciante**

**Si esta acusación es presentada por la PERSONA PERJUDICADA:**

Si esta queja es presentada por la Persona Perjudicada:

Yo, en mi carácter como persona que fue personalmente discriminada por una práctica injusta de empleo relacionada a inmigración, yo entiendo que la OSC puede necesitar revelar mi identidad y otra información en el transcurso de la investigación de esta queja, durante cualquier audiencia u otro procedimiento resultado de mi queja; o en ciertas circunstancias limitadas y en respuesta a investigaciones cubiertas bajo la Ley de Libertad de Información. Doy mi consentimiento. Autorizo que la información contenida en este formulario, según a mi conocimiento y entendimiento completo, está correcta.

\_\_\_\_\_  
(Firma de la Persona Perjudicada) Fecha: \_\_\_\_\_

**Si esta acusación es presentada por el REPRESENTANTE AUTORIZADO de la Persona Perjudicada:**

Yo declaro, que la información contenida en este formulario, según a mi conocimiento y entendimiento completo, esta correcta, y que estoy autorizado(a) por la "Persona Perjudicada" para presentar esta queja en su nombre. Entiendo que la OSC puede verse obligada a revelar mi identidad en el transcurso de la investigación de esta acusación, durante alguna audiencia u otro procedimiento resultante de esta queja, o en ciertas circunstancias limitadas y en respuesta a investigaciones cubiertas bajo la Ley de Libertad de Información. Yo autorizo mi consentimiento.

Nombre del Representante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del Representante Autorizado) Fecha: \_\_\_\_\_

**Sección 11: Información Opcional**

**¿Cómo se enteró de la existencia de la OSC? (escoja todo lo que aplique)**

- Internet  Presentación de la OSC  E-Verify  SSA No Match  Formulario I-9 o Manual del Empleador
- Cartel/Folleto  TV  Radio  Ministerio de Trabajo (Department of Labor, DOL)
- Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo (Equal Employment Opportunity Commission, (EEOC))
- Agencia Local o Estatal
- Servicios de Inmigración y Ciudadanía de los Estados Unidos (United States Citizenship and Immigration Services, (USCIS))
- Grupo de comunidad/unión de apoyo  Amigo/Pariente  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**La Persona Perjudicada es: (escoja todos lo que apliquen):**

- Hispano o Latino  Asiático  Negro o Afroamericano  Blanco  Indio Americano o Nativo de Alaska
- Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico  Dos razas o mas  Dos o más razas

**DECLARACIÓN DE LEY DE PRIVACIDAD**

La autoridad para solicitar la presente información de la Persona Perjudicada se encuentra en el Título 8 U.S.C. § 1324b. La información que la Persona Perjudicada o Demandante provea se utilizará principalmente para investigar y procesar la acusación de discriminación prohibida; sin embargo, la información también se podrá utilizar para otros fines legales, como se describe en la notificación del Departamento de Justicia Registro Federal publicada en el Registro Federal en el 68 Fed. Reg. 47611 (11 de agosto de 2003), que describe los usos de rutina de la información obtenida por la División de Derechos Civiles. Si la Persona Perjudicada o Demandante no provee la información solicitada en el presente formulario, podría causar que la acusación sea descartada o no aceptada. Si se realizan declaraciones falsas en el presente formulario, se aplicarán castigos conforme al Título 18 U.S.C. §1001.

## **Notificación de la Ley de Reducción de Trámites**

La presente solicitud se realiza conforme a la Ley de Reducción de Trámites de 1995. La recolección de información es necesaria para permitirle al Departamento procesar e investigar las acusaciones individuales de discriminación en violación del Título 8 U.S.C. § 1324b conforme a lo requerido por el mandato legal. El uso de este instrumento de recolección facilitará el proceso asistiendo a las partes demandantes a identificar y proveer la información necesaria para iniciar la investigación.

La carga promedio estimada asociada con la recolección es de 30 minutos por parte demandante o archivista, dependiendo de las circunstancias individuales. Los comentarios acerca de la exactitud de la estimación de esta carga y las sugerencias para reducir la misma deber dirigirse a Jennifer Sultan, Consejera de Políticas Especiales, USDOJ-CRT-OSC, 950 Pennsylvania Avenue, NW-NYA, Washington, DC 20530.

Una agencia no puede llevar a cabo o patrocinar, y no es obligatorio que una persona responda a una recolección de información excepto que muestre un actual número de control OMB válido.